

## 初回カンファレンスの定着 －医師カンファレンスに退院調整看護師が参加して－ 長岡赤十字病院 地域連携サポートセンター

○池田 道子、小林 洋子、赤堀 直子、山崎 美恵子、牧野 朝子

【はじめに】

当院の退院調整看護師2名は専任で組織横断的に活動している。平成25年度定  
点調査では初回カンファレンス（以下カンファレンスとする）開催率が院内で  
37％と低かった。そこでA病棟をモデル病棟とし、医師の治療方針カンファ  
レンスを利用して初回カンファレンスを実施し、定着を図ることができたので  
報告する。

【方法】

主治医別に行われているドクターカンファレンスは、主治医とリーダー看護師  
で治療方針等の確認を行っていた。そこに退院調整看護師が参加し、退院支援  
の初回カンファレンスを行う。カンファレンス実施率とA病棟看護師へのア  
ンケートで評価する。

【結果】

カンファレンス実施率は29％から79.5％に増加した。実施前後を比較して退院  
支援の意識が高くなったと答えた看護は82％であった。入院期間やゴールの  
共有、ADL、生活背景を認識できるようになったと評価している。定期的に  
カンファレンスを実施することで再アセスメントができるようになり、カン  
ファレンスの定着につながった。

【今後の課題】

院内全体の退院支援カンファレンスの定着化

【おわりに】

入院早期から病棟看護師と退院調整看護師との連携により退院支援カンファレ  
ンスを定期的に実施し、定着が図られた。医師、看護師とも退院支援の充実を  
実感する事ができた。

## MSW の早期患者支援 ～入院時（前）リスクスクリーニング票を導入して～ 足利赤十字病院 医事課<sup>1)</sup>、同 事務部<sup>2)</sup>

○木嶋 路榮<sup>1)</sup>、福地 一浩<sup>1)</sup>、林 綾子<sup>1)</sup>、野本 昭仁<sup>1)</sup>、  
田崎 麻由実<sup>1)</sup>、宇田川 智美<sup>1)</sup>、井出 智貴<sup>1)</sup>、鷺見 圭司<sup>2)</sup>

【目的】

当院は救命救急センターを有する急性期病院であり、社会的問題のある  
患者も入院する。従前より、こうした患者のうち、MSW は依頼・相談が  
あった患者のみ社会背景の把握、社会資源の説明・活用等を行ってきた。しかし、  
MSW が入院前や入院早期に社会的問題となる情報を得られないことで  
即時に介入できず、必要な制度申請の遅れや未収金の発生等につながるものが  
あった。そこで、MSW が早期介入できるよう、入院時（前）に全入院患者  
に対するリスクスクリーニング体制を整えたため、その効果を検証した。

【方法】社会的ハイリスクとなる項目を盛り込んだ『入院時（前）リスクスク  
リーニング票』を考案した。全入院患者の入院前に入院受付・日当直事務による  
スクリーニングを実施する体制を構築し、MSW がリスクを伴う患者の早期  
把握・早期介入出来る体制を整えた。

今回、導入前後で、MSW が支援を行った入院時（前）保険未加入・資格者  
証患者の入院～MSW 介入までの平均日数、入院日付生保実現率、未収金発  
生率を比較した。

【結果】導入前と比べ、入院～MSW 介入までの平均日数・未収金発生率は減  
少、入院日付生保実現率は増加させることができた。

【考察】全入院患者を対象としたスクリーニングにより、MSW が入院早期に  
リスクを伴う患者の情報把握を行ったことで、早期の法制度活用や医療費回収  
の目的を立てることにつながり、本スクリーニング票の導入は、患者・病  
院双方にとって、有益と考えられた。  
しかし、スクリーニングの不実施や実施時のチェック漏れがあることも分かっ  
た。今後はこの結果をもとに、全職員に更なる周知・徹底を図り、早期患者支  
援の意識を高めていきたい。

## 0-7-35 医療社会事業課（療養・福祉相談室）における 教育プログラムの運用について 横浜市立みなと赤十字病院 医療社会事業課

○亀山 友美、持松 泰彦、乾 尚美、渡邊 貴子、大湯 宝子、  
新明 拓也、小川 早織、瀧川 晴菜、木下 聖子、渡辺 和栄、  
小野 利子

【背景】当院の療養・福祉相談室ではこれまで新採用職員に対する教育プロ  
グラムがなく指導者に一任されていた。指導内容や点検・評価のシステムが体系  
化されておらず指導方法にもばらつきがあり、自分自身も入職して実際の業務  
を進めしていく上で疑問に感じる点が多かった。近年急務として国が掲げている  
地域包括ケアシステムの構築を推進していく上で、医療機関と地域をつなぐ  
我々急性期病院の療養・福祉相談室では今まで以上に地域連携や相談支援を強化  
していくことが求められている。そこで新採用者と現任職員対象の教育プロ  
グラムを平成26年8月作成した。

【経過・現状】新採用者対象の教育プログラムは1. 当院の概要を知り、組織の  
一員としての心構えを持つ2. 専門職業人として成長することを目的とする。  
目標を1. オリエンテーション、シャドー研修を通して、スタッフ間とのコミ  
ュニケーションを深める2. 医療社会事業課の業務内容を理解し、与えられた  
役割を遂行することにした。プログラム作成にあたってはMSW、PSW、看  
護師ごとの修得すべき基礎知識と行動目標を設定。達成度については記号を用  
い視覚的にも容易に確認できるような工夫をし、25年度の新採用職員から本  
プログラムを用いて教育を開始している。

【課題・今後の展望】指導者側、指導を受ける側どちらも定量的、視覚化され  
たプログラムを用いることで達成度の確認が出来るようになり、更なるステッ  
プアップに向けた目標設定がしやすくなった。今後はより実践に則したプロ  
グラムの定期的な評価と修正・改訂を行っていく必要がある。今回は新入職の  
MSW への教育プログラムの内容と半年の経過を中心に発表する。

## 0-7-37 入院時スクリーニングシートの再評価が 退院調整・支援に与える効果 伊達赤十字病院 看護部 5階病棟

○加藤 幸恵、木須 麻里、大内 志穂子、小笠原 翔子、  
芦原 愛里、岩田 沙央理

【はじめに】当病棟では、入院スクリーニングとして独自に作成した生活環境  
調査用紙を用いているが、使用する明確な基準はなく、適切な退院調整・支援  
が出来ていなかった事もなかった。更に、状態が変化した後には調整が必要と  
なる場合等、退院調整看護師へ依頼が遅れる事例もあった。そこで入院時スク  
リーニングの評価を定期的に行い、これによる退院調整・支援に与える効果を  
明らかにした。

【対象・方法】A病棟に入院の整形疾患患者を、入院時のみスクリーニング  
（現行の方法）する群（以下A群）と定期的にスクリーニングする群（以下B  
群）に分け、客観的評価指数（年齢、性別、介護認定調査等）と主観的評価指  
数（患者満足度調査）のデータをSPSSVer.18を用いて分析。定期的スクリー  
ニングは、手術有の場合は術後1週間目、手術なしの場合は入院後1週間目より  
1週毎に実施した。

【結果・考察】研究協力に同意を得た17名を無作為にA・B群に振り分け、退  
院目途がつき満足度調査を行なったA群5名、B群7名を研究協力者とした。  
介入後の調査項目全てA・B群において有意差はなく、入院時スクリーニ  
ングシートの再評価が退院調整・支援に与える効果は認められなかった。これは  
患者のほとんどがクリティカルパス通りに経過し後に退院調整が必要となる患  
者がいなかった事、昨年の看護研究で退院調整・支援に取り組んでいた事、  
元々独自の生活環境調査の活用により退院調整・支援に対する意識が高い事が  
統計的有意差が認められなかった要因と考える。また、手術有の場合、介入後  
の客観的データは入院日からではなく手術日からとした方が良かった事も結果  
に影響したと考える。

## 0-7-34 在宅療養支援のための療養支援情報提供書の活用 高知赤十字病院 地域医療連携課

○梅原 初枝、森 通子

【はじめに】ハイリスク状態で地域にかえる患者が安心して地域で過ごせるよ  
うに、地域での継続的な関わりを目的に患者の入院時の情報を地域の保健師や  
ケアマネにつなぐ「療養支援情報提供書」を作成し活用し好評を得ている。地  
域完結型医療の実現にむけた急性期病院の取り組みとして成果と課題を報告す  
る。

【方法】診療情報提供書の必要項目に則り「療養支援情報提供書」を作成し、  
在宅へ帰る継続支援の必要な患者に対して説明と同意を得た上で完成させ、地  
域包括センターまたはケアマネ宛に郵送し継続支援を依頼する。

【結果と課題】2014年6月より9病棟で177件の療養支援情報提供書が送付され、  
患者の同意を得られた場合は診療報酬として算定した。地域包括センター及び  
ケアマネからは、在宅での支援のポイントが明確となり訪問もしやすく、地域  
での高齢者の把握ができると好評を得た。今後は外来患者への普及をし、地域  
包括センターからの結果のフィードバックを十分に検証し、医療看護一地域介  
護のさらなる連携強化のための体制づくりをしていく必要がある。

【まとめ】在院日数の短縮化や医療機能の分化など、医療を取り巻く環境の変  
化は医療処置や介護が必要な状況で在宅退院に至ることになる。療養の場が病  
院から在宅へ移行しても情報を共有し、継続支援が行われれば、患者は安心し  
て地域で暮らしていくことができる。急性期病院には、継続して療養が必要  
な患者に対し、保険・福祉サービスへの調整をする責務があると考ええる。  
当院は4年後の新築移転に向け患者支援センターを整備していく計画であり、  
今後は、地域をマネジメントできる、地域包括ケア時代の急性期病院の役割も  
明確にしていきたい。

## 0-7-36 多職種カンファレンス専用用紙を活用した 退院支援の成果と課題 沖縄赤十字病院 看護部

○安里 紀史、高良 寿賀子、水田 厚子

【はじめに】当病棟は、消化器内外科外科病棟で、悪性疾患患者が多い特徴が  
ある。H25年より退院支援の推進を目的とした多職種カンファレンスが導入され  
た。しかし、病棟看護師の情報収集が不十分なことが多く、退院支援に難渋す  
ることがあった。そこで、効果的な多職種カンファレンスになるよう専用用紙  
を導入したので、その成果と課題について報告する。

【方法】多職種カンファレンス専用用紙（記入項目：相談内容、カンファレン  
スの内容、次回までの確認事項）の導入。前日までに前回記録を確認し相談内  
容を病棟看護師が記入する。在院日数、退院調整加算算定数、DPCIII 以上の  
割合（III、III 超え）等で評価する。

【結果・考察】専用用紙導入後は、次回までの確認事項が明確となり、効率  
的な情報収集・情報共有ができるようになった。専用用紙を事前に記入する事  
で、患者、家族の意向確認や主治医などチーム間での情報交換に繋がり、終末  
期の療養先として在宅を意識する機会が増えたことも取り組みの成果と考  
える。評価の指標とした、在院日数は15.7→14.9日に減少、退院調整加算算  
定数は165→368件、特に14日以内79→195件と増加した。しかし、DPC 期間別  
にみた場合 DPCIII 以上の割合が36.4→41.7％と増加した。悪性疾患患者の療  
養場所の選択に時間がかかることや、高齢者の入院中のADL 低下が患者・家  
族の不安となり、自宅退院を困難にしていることなどが考えられる。課題とし  
て、悪性疾患患者に対しては意思決定支援を意識した早期の介入、高齢者に対  
しては療養支援と並行したADL の維持向上に向けたケアの検討があげられ  
た。

【おわりに】専用用紙の導入で情報共有・情報交換が活発になり療養支援の意  
識が向上し、在院日数の減少に繋がった。今後も、悪性疾患患者・高齢者への  
支援を課題として取り組んでいく。